

DU TRAITEMENT

N° 10

DU MAL DE POTT

PAR LE CORSET PLÂTRÉ DE SAYRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Janvier 1891

PAR

J. GIRAUD

Né à Toulon-sur-Mer, le 22 octobre 1866

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

3, Place de la Mairie, 3

1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (※) DOYEN
BERTIN-SANS. ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (※).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Id.	VILLE (Ch. de c.)
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN (※).
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Opérations et appareils	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie	KIENER (※).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (※).
Anatomie.	PAULET (O. ※ ※).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Pathologie externe (Ch. d. c.).	ESTOR.
Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ※ ※).	
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ※ C. ※).	

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des vieillards	MM. MOSSÉ (※), agrégé.
Clinique ophthalmologique	TRUC, agrégé.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées.	BROUSSE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. DE GIRARD	MM. TRUC	MM. SARDA
BLAISE	GERBAUD	ESTOR
BAUMEL	GILIS	HÉDON
VILLE	BOINET	LECERCLE
FORGUE	BROUSSE	

MM. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président*.
CHALOT, *professeur*.
FORGUE, *agrégé*.
TRUC, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

J. GIRAUD.

A MES PARENTS

A mes Amis et Camarades de la Marine

J. GIRAUD.

A Monsieur le Docteur BÉRENGER-FÉRAUD

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Docteur BARTHÉLEMY

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A monsieur le Docteur FONTAN

PROFESSEUR D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE TOULON
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A mes Maîtres de la Marine

J. GIRAUD.

A Monsieur le Docteur BÉRENGER-FÉRAUD

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE
CHIMIE ORGANIQUE

A Monsieur le Docteur BARTHÉLEMY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TÉDENAT

A Monsieur le Docteur FONTAN

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE
CHIMIE ORGANIQUE

A mes Maîtres de la Matière

J. GIRAUD.

INTRODUCTION

De toutes les tuberculoses locales, le mal de Pott peut être considéré comme le seul qui soit resté le plus longtemps inaccessible à toute intervention chirurgicale. Aujourd'hui encore, les procédés opératoires en sont à la période de l'expérimentation. Tous les autres moyens dont on peut disposer ont été essayés. Cautères, pointes de feu, vésicatoires, corsets, gouttières ont été tour à tour employés. De tous ces procédés, l'immobilisation fut la méthode dont les résultats se montrèrent les plus satisfaisants. Nombreux sont les appareils imaginés pour remplir les indications d'une bonne immobilisation ; néanmoins, aucun, ni la gouttière de Bonnet, ni la cuirasse de Kühn, ni le corset de Taylor, ne présentent les avantages du corset plâtré de Sayre.

Au cours de nos études médicales à l'Ecole de médecine navale de Toulon, nous avons pu assister notre maître, M. le professeur Fontan, dans la confection des appareils plâtrés destinés surtout à sa clientèle infantile. Les heureux résultats obtenus, et, aussi, le désir de répondre par des faits aux critiques que Lannelongue et Verneuil surtout adressent à cette excellente méthode, nous ont engagés à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre modeste travail sera divisé en quatre chapitres.

Le premier contiendra l'exposé des diverses phases de faveur et de disgrâce par lesquelles a passé la méthode américaine. Ce sera plutôt la simple énumération de quelques-unes des opinions émises sur ce procédé qu'un historique complet.

Le deuxième chapitre rappellera les principales notions d'étiologie et de symptomatologie nécessaires pour arriver au diagnostic précoce du mal de Pott.

Dans le troisième chapitre, après avoir rappelé brièvement de quels moyens disposait la méthode révulsive appliquée au traitement du mal rachidien, nous décrirons, tel qu'il nous a été communiqué par M. Fontan, le manuel opératoire, en faisant remarquer ensuite combien sont nombreux les avantages de ce procédé.

Le quatrième et dernier chapitre contiendra l'exposé de nos observations.

Au début de notre travail, nous tenons à remercier M. le professeur Fontan de l'empressement qu'il a mis à nous communiquer ses notes et ses observations et de la bienveillante sollicitude qu'il nous a toujours prodiguée.

Que M. le professeur Tédénat veuille bien accepter ici l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DU TRAITEMENT DU MAL DE POTT

PAR LE CORSET PLÂTRÉ DE SAYRE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le traitement du mal de Pott par le corset plâtré de Sayre date de la fin 1874. A cette époque, l'éminent savant américain appliqua, pour la première fois, son appareil à un enfant appartenant à une pauvre famille dont les ressources n'étaient pas suffisantes pour subvenir aux frais de l'achat d'un appareil Taylor.

Dans cette première application, il n'y eut pas à vrai dire d'auto-suspension ; le malade fut couché sur les genoux du chirurgien. L'écartement des deux membres inférieurs suffit à faire l'extension et la contre-extension. Je ne dirai pas l'étonnement de Sayre lorsqu'il vit son jeune malade supporter des secousses qui lui causaient auparavant des douleurs insupportables. Sayre consigna ces heureux résultats dans un

livre intitulé : *Spineal disease and spinal curvature*, ouvrage apprécié par Duplay.

Dès que la vieille Europe eut connaissance de ce nouveau procédé, les discussions s'allumèrent au sein de toutes les Sociétés savantes. On prétendit que la méthode n'était pas nouvelle, la suspension ayant déjà été employée par Glisson dès 1650. D'autres ne voulurent voir dans cet appareil qu'une heureuse modification à la carapace plâtrée de Kühn, dont l'application est ainsi décrite dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1858 :

« Je fais mouler, dit l'auteur, le dos du sujet couché sur
» le ventre et dans la position la plus redressée possible ; le
» moule comprend les parties postérieures et latérales du
» tronc depuis le bas de la région cervicale jusqu'à environ
» 2 centimètres au-dessous des crêtes iliaques, plus ou moins
» haut ou bas suivant les circonstances, en ayant soin de
» bien prendre le dessous des aisselles. Le moule pris, je
» fais sécher le plâtre, et puis j'applique mon appareil ami-
» donné sur le plâtre en commençant par étendre une peau
» de chamois ou de basane légèrement humectée, qui se
» prête à merveille à toutes les saillies et anfractuosités du
» moule. Par-dessus cette peau viennent les bandes ami-
» données en carton mince ou en papier. Imbriquées et
» entrecroisées en couche d'environ 3 millimètres d'épaisseur,
» en ayant soin de ne pas laisser trop d'inégalité à la surface
» extérieure, ces bandes sont recouvertes à leur tour d'une
» pièce de coutil de bonne qualité ; le tout est ensuite soli-
» dement et exactement fixé au moyen de tours de bandes
» et abandonné à la dessiccation ; l'appareil forme ainsi une
» espèce de plastron, de carapace, exactement moulé sur les
» saillies et anfractuosités du corps. Je le fais compléter en
» avant par un demi-corset élastique fixé aux enveloppes du
» plastron, lacé sur le devant et garni de baleines longitu-

» dinales ; des épaulettes mobiles croisées au-devant de la
» poitrine servent à maintenir la partie supérieure du tronc
» contre le plastron. »

La simple lecture de cette description fait ressortir les points communs qui existent entre cette méthode et celle de Sayre. La préoccupation des deux chirurgiens de faire remonter la carapace ou le corset jusqu'aux aisselles prouve bien qu'ils ont poursuivi le même but. Mais quelle différence au point de vue des résultats obtenus !

Nous ne nous attarderons pas à décrire tous les appareils orthopédiques imaginés avant celui de Sayre pour traiter le mal de Pott : la machine de Roux, la chaise de Darwin, la machine de Heine, l'appareil Taylor, etc., là n'est pas notre but. Nous nous proposons dans ce chapitre de l'historique de mettre en lumière quelques-unes des opinions qui ont successivement eu cours dans le monde médical, sur les avantages que l'on pouvait retirer de l'application du corset plâtré au traitement du mal de Pott.

Dans une des séances de la Société de chirurgie, qui suivirent la publication du procédé, M. Lannelongue disait :
« Les appareils employés dans le traitement du mal de Pott
» doivent être appliqués de telle sorte qu'ils recueillent la
» charge du poids des parties placées au-dessus de la dévia-
» tion et la transmettent à la colonne vertébrale située au-
» dessous, et, à son défaut, au bassin qui la communiquera
» aux membres inférieurs. » Lannelongue faisait ainsi l'éloge de la méthode américaine, la seule qui remplisse d'une manière certaine l'indication formulée par l'éminent professeur.

Puel, dans sa thèse d'agrégation de 1878, après avoir montré combien le corset plâtré l'emportait sur les corsets orthorachidiques de Nélaton, Taylor et Bonnet, énumère les avantages de ce corset :

1° Il fournit les moyens d'assurer le repos absolu des

parties malades; aucun mouvement n'étant permis, même à un très faible degré, aussi longtemps que l'appareil est convenable.

2° La pression locale qui est la conséquence de l'emploi des autres formes d'appareil se trouve évitée.

3° Le corset plâtré peut être employé dans tous les pays, sans embarras et sans dépenses.

Fochier (de Lyon) a employé le corset plâtré dans un cas de scoliose; l'observation en est consignée dans le *Lyon médical* du 16 mars 1879. A ce propos, M. Fochier se demande si le corset plâtré est applicable à tous les cas de scoliose. Bien que ce professeur ait de la tendance à croire à la possibilité de cette application, nous ne pouvons accepter cette manière de voir. En effet, nous sommes entièrement de l'avis de M. le professeur-agrégé Forgue (de Montpellier) qui dit (1) : « Dans la scoliose, le grand mérite des corsets d'attitudes est leur association possible aux exercices de gymnastique orthorachidienne; tandis que le corset plâtré constitue, pour le tronc d'un scoliotique, un fourreau rigide qui rend impossible toute gymnastique musculaire. »

En 1879, la *Revue de Médecine* a donné un travail d'Alfred Willet basé sur 60 observations. Cet auteur vante la supériorité du corset plâtré; mais la suspension lui paraît contre-indiquée, car il a constaté un cas de mort par ce procédé.

M. de Saint-Germain, dans l'*Union médicale* du 6 septembre 1879, combat rigoureusement la méthode américaine et termine ainsi son article :

« La suspension verticale est un bon moyen de gymnastique quotidienne pour l'élongation du rachis, aussi efficace

(1) *Montpellier-Médical*, 1^{er} septembre 1890.

» et plus pratique que l'extension horizontale sur des lits
» orthopédiques.

» L'application du corset plâtré dans la suspension verti-
» cale doit être absolument proscrite dans le traitement du
» mal de Pott à l'état aigu.

» C'est un bon appareil dans la période intermédiaire
» entre la réparation incomplète et la consolidation absolue,
» à la condition de garnir les parties saillantes de gibbosité.»

Depuis, M. de Saint-Germain est revenu sur son opinion
et a fait amende honorable. Dans sa *Chirurgie orthopédique*,
il dit :

« Les résultats légitimes de la méthode sont les suivants :

» 1° Le corset de Sayre est appelé à se classer définitive-
» ment dans l'arsenal chirurgical comme modificateur efficace
» du mal de Pott.

» 2° La suspension par le cou et les aisselles fait courir
» quelques risques aux malades, surtout aux adultes (Willet
» a signalé un cas de mort).

» 3° La gibbosité dans le mal de Pott ne diminue ni pen-
» dant la suspension ni après le traitement.

» 4° Les douze mois que Sayre demande pour le traite-
» ment sont à peine suffisants. »

Quoique ce ne soit pas ici le lieu de discuter ces conclu-
sions, nous tenons à affirmer, contrairement à l'opinion de
M. de Saint-Germain, que dans bien des cas nous avons vu
la gibbosité du mal de Pott être sensiblement améliorée par
la suspension et l'application, dans cette position, du corset
plâtré.

Sayre, en septembre 1890, pendant les séances du Congrès
des sciences médicales d'Amsterdam, explique son manuel
opératoire et résume ainsi les avantages de son traitement :

1° Il est applicable dans tous les cas où l'on peut appliquer
des prothèses.

2° On peut ajuster la cuirasse sur tous les points du thorax, dans sa position améliorée par l'extension, en évitant les excoriations et la gangrène.

3° Il produit une immobilité absolue du rachis, ce qui favorise l'ankylose des vertèbres malades.

4° Il permet aux malades de poursuivre leurs occupations.

Dans le *Lyon médical* du mois de juillet 1881, M. le professeur Vincent a publié une observation de scoliose grave traitée par le corset plâtré de Sayre. Le résultat obtenu a été remarquable ; on peut en juger par les mensurations de courbure du rachis avant et après le traitement. Avant le traitement, la flèche de la courbure dorsale était de 0^m028, après de 0^m003 ; celle de la courbure dorso-lombaire était de 0^m011 avant, de 0^m000 après.

Coulomb, dans une thèse très remarquable soutenue devant la Faculté de Lyon en décembre 1881, dit : « Le corset plâtré nous paraît indiqué d'emblée dans tous les maux de Pott douloureux, à déformation rapidement progressive, avec abcès ou avec paraplégie commençante. »

Après les travaux de Puel et de Coulomb, deux jeunes docteurs choisirent le corset plâtré pour en faire le sujet de leurs thèses.

Le premier, M. Papail (1), donne ainsi ses conclusions :

1° Le corset plâtré inamovible peut être employé dans le mal de Pott à toutes ses périodes, mais il est surtout utile lorsqu'on l'applique pendant la période de réparation, après avoir pratiqué l'extension.

2° Le corset plâtré, ouvert et lacé, doit être employé dans la scoliose pour permettre aux malades les exercices gymnastiques et l'extension répétée.

(1) Papail, Thèse de Paris. De l'emploi du corset plâtré dans les lésions de la colonne vertébrale.

3° Le corset plâtré inamovible est un excellent appareil d'immobilisation dans les fractures du rachis. Il ne devra pas toutefois être appliqué immédiatement après le traumatisme.

Le deuxième, M. Maquet, inspiré par M. le professeur Téslenat, de Montpellier, cite, dans son travail, six observations très favorables à la méthode américaine.

Depuis 1885, nous ne trouvons que fort peu de chose dans la littérature médicale. La question paraît tranchée. Tous les chirurgiens ne l'acceptent pas cependant avec la même ferveur ou ne l'emploient pas avec toute la confiance voulue.

Dans une clinique publiée par la *Gazette des hôpitaux* le 20 septembre 1887, M. Grancher, après avoir énuméré rapidement les différents traitements appliqués au mal de Pott, dit : « L'immobilité doit être aussi absolue que précoce ; on ne la prescrit jamais trop tôt. Le décubitus dans la gouttière de Bonnet est insuffisant, il faut y joindre le corset plâtré de Sayre. » En ce cas, le corset plâtré n'eût-il pas été suffisant ?

La *Gazette des hôpitaux* du 23 août 1888 a publié une clinique de M. le professeur Verneuil, dans laquelle ce maître se montre adversaire résolu des appareils plâtrés et partisan de la cuirasse en cuir. Pour lui, les désavantages du plâtre sont multiples :

- 1° Il est inamovible ;
- 2° Il empêche de changer de linge tant que le malade est dans la cuirasse ;
- 3° Si quelque abcès survient, il détermine toujours une pression douloureuse ;
- 4° Il faut le renouveler fréquemment, toutes les six semaines ou tous les deux mois.

Lannelongue, dans son livre de la *Tuberculose vertébrale*, critique ainsi le corset de Sayre :

« Indépendamment de son principe qui ne répond pas, à mon sens, aux indications les plus rationnelles du traitement,

le corset de Sayre, en tant qu'appareil, présente un certain nombre de défauts. Assez souvent, il gêne la respiration, malgré toutes les précautions prises, et on est obligé de l'enlever. Après quelques jours d'usage, il se relâche au point de ne plus être appliqué exactement. Il peut blesser le patient et déterminer des excoriations, soit à ses extrémités sur des parties visibles, soit au niveau de la gibbosité. Dès que les malades se plaignent, on a un sujet d'inquiétude à l'égard de ces lésions cachées, et, en effet, au lieu de simples excoriations superficielles, on a trouvé quelquefois des escharres, des ulcérations profondes. »

Ailleurs, le même auteur dit : « Malgré le corset plâtré, la colonne vertébrale continue à transmettre une partie du poids des régions sus-jacentes ; la cause de l'ulcération n'est donc pas supprimée. La gibbosité se produit dans le corset plâtré de Sayre, malgré tous les soins mis à son application ; mais je ne saurais dire toutefois si les gibbosités ne sont pas moins développées sous le corset appliqué convenablement. Il m'a semblé, en effet, qu'elles étaient moindres. »

En terminant ce chapitre, qui bien qu'incomplet représente assez exactement l'opinion du monde médical sur la méthode de Sayre, nous nous réservons le droit de répondre aux appréciations qui nous paraissent fausses au moment où, après avoir décrit la technique de l'application du corset plâtré, nous énumérerons les avantages de ce procédé.

CHAPITRE II

DU MAL DE POTT

Vouloir retracer le tableau clinique complet du mal vertébral après les travaux de Pott, Nélaton, Bouvier, etc., serait s'exposer à des redites. La description du mal de Pott, ses lésions et leurs localisations, sont trop connues, pour que nous nous y arrêtions longtemps. Aussi avons-nous abrégé autant que possible. Tout ce qui a trait à l'anatomie pathologique a été laissé de côté. Du diagnostic et du pronostic nous ne dirons qu'un mot. L'étiologie et la symptomatologie méthodique et surtout chronologique seront seules l'objet de notre attention.

ARTICLE PREMIER

DE L'ÉTIOLOGIE

De toutes les notions que fournit l'étiologie dans le mal vertébral, nous ne nous occuperons que de celles qui ont trait à l'âge du malade et surtout au siège de la maladie. Les autres ont pour nous trop peu d'intérêt pour mériter d'être étudiées dans notre modeste travail.

Dans son *Traité sur la tuberculose vertébrale*, Lannelongue dit :

« Le corset plâtré de Sayre ne convient qu'au mal de

Pott des régions dorsale moyenne, dorsale inférieure et lombaire supérieure. Les altérations dorsale supérieure, cervicale, cervico-dorsale, lombo-sacrée, échappent à la méthode. »

Quoique ce ne soit pas le lieu d'ouvrir une discussion sur les services que peut rendre le corset plâtré dans les différentes localisations du mal de Pott, nous croyons, en publiant cette affirmation, au moins risquée, du chirurgien de l'hôpital Trousseau, que notre devoir est de la réfuter :

1° En montrant, par deux de nos observations, que l'action de la méthode américaine porte sur d'autres régions que les dorsales moyenne, inférieure et lombaire supérieure.

2° En publiant deux statistiques dont l'une est de Lannelongue lui-même, statistique prouvant d'une façon certaine, au cas où l'assertion de Lannelongue serait vraie, que la région dorsale est celle qui est le plus souvent atteinte par la terrible maladie, ce qui revient à dire que le corset plâtré trouve presque toujours son indication dans le mal de Pott.

Les observations auxquelles nous avons fait allusion sont celles de M^{lle} D... et du jeune Pierre, observations que l'on trouvera décrites tout au long à la fin de notre thèse.

Des deux statistiques publiées, la première appartient à Sayre et a été empruntée à son *Traité de chirurgie orthopédique*, traduit par Thorens ; la deuxième à Lannelongue et tirée de son *Traité sur la tuberculose vertébrale*.

Statistique de Sayre

SIÈGE DE LA MALADIE	}	Région cervicale.	11
		— dorso-cervicale.	11
		— dorsale	163
		— dorso-lombaire.	23
		— lombaire.	14
		— inconnue.	3
		Total.	225

AGE	{	Moins de 15 ans.	193
		Plus de 15 ans	28
		Inconnu. . ,	4
		Total.	225

Si nous additionnons dans la partie de la statistique qui a trait au siège de la maladie, le nombre de cas qui ont pris naissance dans les régions autres que les régions dorsales et dorso-lombaires, nous arrivons à ce résultat que sur 225 cas de mal de Pott, Sayre n'a constaté que 39 cas dans lesquels ces régions n'étaient pas intéressées. Tous les auteurs qui se sont occupés de statistiques sont arrivés au même résultat.

En effet Kœnig, dans son *Traité de pathologie chirurgicale spéciale*, fait ainsi connaître les résultats obtenus par Billroth : « Billroth, dit-il, a fait des recherches sur la fréquence relative de la carie des différentes vertèbres. Il a trouvé que le plus grand nombre de cas se rapportent à la région dorsale, laquelle d'ailleurs constitue le segment le plus long de la colonne vertébrale.

» Voici du reste l'échelle de fréquence pour les vertèbres considérées isolément : c'est la 2° cervicale et la 6° dorsale qui sont le plus souvent affectées, puis viennent les 5°, 7° et 8° dorsales, puis la 3° lombaire ; les 3°, 4°, 9°, 10° dorsales et la 4° lombaire ne viennent qu'en dernière ligne. »

Statistique de Lannelongue

La statistique de Lannelongue porte sur un relevé de 180 cas fait à l'hôpital Trousseau et comprenant des sujets au-dessous de 16 ans.

SIÈGE DE LA MALADIE	{	Région cervicale.	21 cas
		— cervico-dorsale	1 —
		— dorsale.	85 —
		— dorso-lombaire.	21 —
		— lombaire.	34 —
		— lombo-sacrée.	4 —
		— inconnue	14 —
Total.			180 cas
AGE DES MALADES	{	Au-dessous de 2 ans.	14 cas
		— de 2 à 5 ans.	91 —
		— de 5 à 10 ans.	59 —
		— de 10 à 15 ans.	16 —
Total.			180 cas

Là se bornent les notions étiologiques sur lesquelles nous voulions attirer l'attention, ce sont les seules qui soient utiles pour faire apprécier les indications du corset plâtré, et c'est le but que nous poursuivons.

Nous allons, dans un deuxième article, énumérer, par ordre d'apparition successive, les différents symptômes du mal de Pott. Nous nous proposons de le faire avec le plus grand soin possible, car, s'il est vrai que l'application précoce du corset plâtré arrête tous les processus irritatifs, il faut que par une connaissance approfondie de tous les symptômes du début du mal vertébral, le chirurgien en fasse le diagnostic le plus rapidement possible.

ARTICLE II

SYMPTOMATOLOGIE

Lorsque le mal de Pott en est à la période de la gibbosité et des abcès par congestion, son diagnostic est facile ; mais, au début, il ne se manifeste que par des symptômes vagues et

obscur. Ces signes, le chirurgien doit les connaître et savoir les reconnaître pour ne pas s'exposer à du retard dans le traitement, retard qui serait préjudiciable aux intérêts des malades.

On est généralement d'accord pour diviser l'évolution du mal de Pott en 3 périodes : La première est la période d'inflammation qui s'arrête au moment où l'ulcération est assez avancée pour permettre l'effondrement des vertèbres. La deuxième est la période d'état, intermédiaire entre la destruction et la réparation. C'est à ce moment que les collections purulentes formées au niveau des vertèbres malades, émigrent en suivant les routes tracées par les rapports anatomiques des régions où elles ont pris naissance. La troisième période est la période de réparation, la constitution du cal osseux est alors très avancée, le traitement de la gibbosité est impossible.

A chacune de ces périodes correspond un groupe de symptômes, et c'est à les exposer que nous allons apporter tous nos soins. En effet, non-seulement le diagnostic précoce du mal de Pott est nécessaire à l'efficacité du traitement que nous préconisons, mais encore la connaissance précise de la phase d'évolution de l'état morbide. Nous sommes persuadé que c'est à cette connaissance imparfaite de la période de l'évolution morbide que les chirurgiens doivent les insuccès thérapeutiques attribués à tort à la méthode de Sayre.

A. SYMPTÔMES DE LA PREMIÈRE PÉRIODE. — Les symptômes de la première période sont très variables quant à leur intensité et quant à leur mode d'apparition. A quoi attribuer ces différences ? L'anatomie pathologique seule pourrait nous les expliquer ; nous ne voulons pas insister là-dessus, car notre tâche actuelle est une simple énumération de faits.

Tous les signes que l'on a constatés dans cette période sont dus à l'inflammation de voisinage, à des névrites. Ces

irritations pouvant atteindre à la fois les nerfs sensitifs, moteurs et trophiques, nous sommes amené à établir 3 classes de symptômes : (a) troubles de la sensibilité ; (b) troubles de la motilité ; (c) troubles de la nutrition.

a) *Troubles de la sensibilité.* — Ce groupe de symptômes est le plus important de ceux de la première période du mal vertébral. Il comprend tous les phénomènes douloureux spontanés ou provoqués. Étudions en détail chacun de ces symptômes.

Nous l'avons dit avec raison, les douleurs spontanées à irradiations multiples sont dues à des névrites. En effet, les nerfs qui passent par les trous de conjugaison formés par les vertèbres malades sont plus ou moins compris dans le processus pathologique. De là des phénomènes morbides variables suivant la hauteur occupée par la lésion.

Dans le mal de Pott cervical, longtemps avant de présenter la moindre déviation, le malade se plaint de dysphagie, d'un sentiment de constriction derrière la nuque, d'une sensation pénible autour du larynx. Ces symptômes, si l'examen physique des organes digestifs et respiratoires est négatif, suffisent pour faire soupçonner un mal vertébral.

Dans le mal de Pott dorsal et lombaire, on constate des douleurs s'irradiant sur le trajet connu des nerfs intercostaux. Ces douleurs, d'abord passagères et intermittentes, ne tardent pas à prendre un caractère plus persistant. Nélaton les a comparées à la constriction produite par un étau, à un coup de fouet, à une brûlure.

La douleur provoquée est surtout le fait de l'examen chirurgical. C'est un signe assez facile à saisir en procédant méthodiquement. Je ne dirai pas que ce signe est un critérium à lui tout seul ; mais, accompagné de douleurs spontanées et de troubles de la nutrition, il impose le diagnostic de mal de Pott.

Les symptômes initiaux du mal vertébral ne sont pas toujours caractérisés, en ce qui concerne les troubles de la sensibilité, d'une façon aussi nette.

Il est des cas, semblables à ceux cités par Imberdis dans sa thèse, qui commencent par attirer l'attention du chirurgien sur l'abdomen. Les malades sont en proie à de vraies crises gastriques accompagnées de vomissements. Le ventre est ballonné. Bref, on croit assister à l'évolution d'une péritonite tuberculeuse et, quelques mois après, l'apparition de la gibbosité vous met sur la voie du diagnostic vrai.

A propos de ces symptômes initiaux, Lannelongue, dans son *Traité de la tuberculose vertébrale* dit: « Le début du mal de Pott peut encore se présenter d'une manière particulièrement insidieuse et tout à fait anormale. Les premiers symptômes consistent, tantôt dans des crises convulsives épileptiformes, tantôt dans une série d'accès de violentes douleurs. D'autres fois, ce ne sont plus des crises convulsives qui se produisent, mais des accès douloureux revenant par intermittence et localisés dans la région du rachis ou dans son voisinage.

L'apparition de ces symptômes, alors que rien ne vient les expliquer, impose au chirurgien l'obligation d'interroger la colonne vertébrale à l'aide des différents moyens dont il dispose. Le plus souvent, la découverte de la douleur établira le diagnostic.

(b) *Troubles de la motilité.* — Au début du mal de Pott, avant l'apparition de toute difformité, la colonne vertébrale perd son élasticité ordinaire pour présenter une rigidité anormale. Tout est immobilisé dans la région malade. Les divers mouvements, ceux d'extension et de flexion en particulier, manquent de souplesse. A cette rigidité de la colonne vertébrale est liée la contracture des masses musculaires des gout-

tières. Ce sont là les seuls symptômes que présente la motilité pendant la première période du mal de Pott.

(c) *Troubles de la nutrition.* — Les troubles trophiques sont plus rares, mais on les a cependant rencontrés et attribués à des névrites périphériques. Ces altérations ont surtout pour siège le tissu musculaire et la peau. Elles consistent en dégénérescence graisseuse pour les muscles. La peau a été le siège d'éruptions pemphigoïdes, de zona, de plaques érythémateuses. L'épiderme a aussi présenté des altérations diverses.

Malgré les soins que nous avons mis à grouper tous les symptômes de la première période du mal vertébral, les innombrables formes que peut revêtir ce protée que l'on nomme mal de Pott, nous font craindre et redouter encore bien des erreurs de diagnostic.

B. SYMPTÔMES DE LA DEUXIÈME PÉRIODE. — Aux symptômes de la première période viennent s'ajouter trois signes si nets et si précis, qu'ils imposent à eux seuls le diagnostic. Je veux parler de la gibbosité, des abcès par congestion et de la paraplégie.

(a) *Gibbosité.* — La gibbosité apparaît généralement d'une façon lente et progressive ; on voit se former, au niveau et en arrière de la région douloureuse du rachis, une saillie déterminée par une ou plusieurs apophyses épineuses reportées en haut et en arrière par suite de l'affaissement, de l'effondrement du corps de la vertèbre correspondante. Le caractère pathognomonique de cette gibbosité, qu'elle soit aiguë ou arrondie, est de se trouver sur la ligne médiane. Quelquefois, la gibbosité, au lieu de se développer avec sa lenteur ordinaire, apparaît brusquement sans qu'aucun symptôme antérieur ait permis le diagnostic de l'affection.

Nélaton et Tillaux en citent des exemples. Nous en avons

La première cause de la maladie est la chaleur du soleil, qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité. La seconde cause est la chaleur du sang, qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité. La troisième cause est la chaleur du sang, qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité.

2. Abaissement de la température. — La chaleur du sang est abaisée par la chaleur du sang, qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité. La seconde cause est la chaleur du sang, qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité. La troisième cause est la chaleur du sang, qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité.

3. Paraplégie. — La paraplégie est une maladie qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité. La seconde cause est la chaleur du sang, qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité. La troisième cause est la chaleur du sang, qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité.

4. Paraplégie. — La paraplégie est une maladie qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité. La seconde cause est la chaleur du sang, qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité. La troisième cause est la chaleur du sang, qui agit sur le sang, et le rend plus fluide, et par conséquent plus susceptible d'être agité.

une exagération de tous les symptômes : les douleurs deviennent intolérables, le malade ne peut se remuer sans pousser des cris déchirants. Les abcès fistuleux entraînent une cachexie rapide et le malade est emporté au milieu des symptômes les plus effrayants.

ARTICLE III

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Après le développement que nous avons donné à l'étiologie et à la symptomatologie, le diagnostic sera, nous osons l'espérer, plus facile ; car il sera toujours aisé de le faire en se rappelant les symptômes caractéristiques du mal de Pott.

Avec quelle maladie pourrait-on confondre le mal rachidien ? Avec la scoliose ? Mais on sait que la gibbosité dans ce cas est latérale, que de plus la douleur, si elle existe, dans la scoliose, n'a pas l'intensité ni l'acuité qu'elle a dans le mal de Pott.

L'existence des douleurs en ceinture pourrait faire penser, chez un adulte, à l'ataxie locomotrice. L'absence de réflexe rotulien, la présence de douleurs fulgurantes, les troubles papillaires, feront pencher le diagnostic vers l'ataxie. Mais aussi la présence de ces douleurs en ceinture, accompagnées d'un point douloureux bien localisé au niveau d'une apophyse épineuse et à plus forte raison accompagnée de gibbosité, mettra le chirurgien sur la voie du diagnostic.

Quant au pronostic, il est variable suivant l'état général du sujet et aussi suivant les complications qui accompagnent le mal de Pott. D'une façon générale, on peut dire qu'un malade atteint de mal de Pott n'est pas inévitablement voué à la mort. Il peut guérir, avec ou sans déformation, le tubercule osseux évoluant dans ce cas vers la crétification.

Après avoir énuméré avec le plus de soin possible les différentes phases par lesquelles passait le mal de Pott, nous allons, dans le chapitre suivant, rappeler rapidement les traitements qui ont été appliqués au mal vertébral et décrire la technique de l'application du corset plâtré telle que l'emploie à Toulon M. le professeur Fontan. Nous accorderons ensuite une place à la description des différents appareils proposés pour réaliser l'immobilisation dans l'extension du mal de Pott cervical. Nous terminerons en exposant les avantages présentés par le corset plâtré pour répondre aux reproches que Verneuil et Lannelongue font à cet excellent appareil.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DU MAL DE POTT

La révulsion et l'immobilisation, telles sont les deux grandes méthodes qui furent tour à tour en faveur auprès des chirurgiens pour le traitement de la tuberculose vertébrale. Malgré l'abandon dans lequel se trouve actuellement la méthode révulsive, nous devons, pour être complet, la signaler et l'apprécier.

La révulsion fut le premier des traitements appliqués au mal rachidien ; Pott déclare, dans son traité intitulé : « Remarque sur la paralysie des membres inférieurs », qu'il fut engagé à user de ce traitement par un chirurgien anglais Cameron. Celui-ci lui avait cité une observation d'Hippocrate dans laquelle cet auteur parle d'une paralysie des extrémités guérie par un abcès au dos. Le désir et aussi la volonté d'imiter la nature engagèrent Pott à établir par des manœuvres chirurgicales un foyer de suppuration destiné, dans sa pensée, à procurer le plus grand bien à ses malades.

Au début de sa pratique, Pott employait indifféremment soit le séton, soit les cautères ; mais les sétons, mal surveillés par le patient, tombaient trop vite sans avoir le temps de produire un effet utile. Aussi Pott donna sa préférence aux pois à cautère, et ce fut par eux qu'il continua à obtenir des succès dans le traitement du mal qui porte son nom. Cette méthode eut ses défenseurs ardents : Dupuytren, Boyer, Marjolin,

furent du nombre, et cependant les résultats obtenus comparés à ceux donnés par l'immobilité sont déplorables.

Le dépérissement occasionné par cette suppuration incessante ne faisait que s'ajouter au dépérissement causé par la suppuration des abcès par congestion, qu'elle ne tarissait pas. Le malade, après avoir présenté un moment d'amélioration, était épuisé et mourait dans la cachexie et le marasme.

Nous ne sommes pas du tout partisan de cette prétendue dérivation entretenue par des foyers de suppuration créés artificiellement ; mais la révulsion pratiquée à l'aide du thermo-cautère Paquelin, le long de la colonne vertébrale, trouve son indication au début du mal de Pott, alors que la maladie en est encore à la période d'inflammation.

Les mauvais résultats donnés par la méthode révulsive engagèrent les chirurgiens à rechercher un autre mode de traitement ; c'est alors qu'ils s'adressèrent à l'immobilisation. Les uns la voulurent absolue ; de ce nombre furent Bonnet et Delpeuch. Les malades traités par ces chirurgiens étaient tenus au lit dès le début de la maladie et il leur fallait passer dans le décubitus dorsal tout le temps exigé par la guérison, soit de douze à quinze mois au minimum. On comprend facilement que cette situation pénible ne fût pas supportée toujours avec le même courage, avec la même docilité par les malades. Aussi, des médecins plus avisés imaginèrent de procurer la vie au grand air à leurs malades, en immobilisant leur thorax dans des appareils appropriés. Boyer, Nélaton, Bouvier, avaient eu recours, pour arriver à ces résultats, à des corsets en cuir moulé, renforcés par des nervures d'acier et munis de béquillons. Le principe de ces appareils était mauvais ; en effet, il prenait comme point d'appui, d'une part le bassin et de l'autre les aisselles. Rien n'était plus défectueux, car la mobilité de l'épaule ne permettait pas de se rendre compte jusqu'à quel point l'immobilisation était obtenue, si

toutefois on pouvait l'obtenir par ces moyens. La pression des béquillons sur le creux axillaire occasionnait des douleurs qui rendaient bientôt le corset odieux au patient.

Les résultats n'étaient donc pas meilleurs qu'avec la première façon de pratiquer l'immobilisation. On pensa alors à réunir à l'immobilisation l'extension de la partie malade, et Lannelongue décrit dans son Traité sur la tuberculose vertébrale un ingénieux appareil destiné à réaliser l'extension de la colonne vertébrale malade et à transmettre au bassin le poids de la partie supérieure du rachis. Cet appareil a des inconvénients. Son prix de revient, la difficulté de sa fabrication, son mécanisme compliqué, tout concourt à le faire délaïsser.

C'est maintenant le moment de parler de la méthode de Sayre. Celui-ci, frappé des heureux résultats qu'il avait obtenus de l'application d'un premier corset plâtré, bien persuadé qu'il n'avait dû son succès qu'à l'égalité de la pression à laquelle étaient soumises toutes les parties du thorax, et aussi à l'exacte application du corset pendant la suspension du sujet, vulgarisa sa méthode et la fit connaître en France et en Europe. Tout le monde médical ne l'accepta pas avec la même faveur ; mais cette méthode est certainement d'une efficacité réelle, et il faut être absolument prévenu contre elle pour ne pas en reconnaître les avantages.

TECHNIQUE DU CORSET DE SAYRE

Dans le cas le plus fréquent, le malade est un enfant ou un adolescent. Depuis l'âge de 4 à 5 ans jusqu'à celui de 15 ou 16 ans, le *modus faciendi* ne diffère pas. Il y a quelques détails spéciaux pour les très jeunes enfants et pour les adultes, surtout chez les femmes.

Je prendrai donc pour type un enfant de 8 à 10 ans, âge moyen, et je signalerai les précautions particulières qu'il y a lieu de prendre pour les âges extrêmes.

Les pièces du corset sont : l'appareil à suspension, un maillet, de la tarlatane, du plâtre, du coton et parfois du collodion et du corn-plaisters ; exceptionnellement des attelles en fil de fer, ou des lames en métal malléable.

a) L'*appareil à suspension* est bien connu ; il se compose d'un trépied en fer ayant au moins 2 mètr. 50 à 3 mètr. de haut. Au sommet de ce trépied se trouve un anneau auquel on suspend une moufle. A la poulie inférieure vient s'accrocher une barre en fer dont la direction est perpendiculaire à celle de la moufle. C'est sur cette barre que viennent s'adapter les différentes parties destinées à supporter le corps du patient, c'est-à-dire le licol pour la tête, et les brassières pour les aisselles. Chacune de ces parties est fortement rembourrée, afin d'éviter la blessure des régions sur lesquelles elles doivent presser. Leur forme est également différente : ainsi la portion du licol qui doit s'adapter au menton est concave, en forme de godet, tandis que l'autre moitié du licol destinée à supporter l'occiput est légèrement convexe.

On cherche, par tâtonnement, à faire répartir également le poids du corps sur la tête et les aisselles au moyen de boucles qui permettent de diminuer ou d'augmenter la distance qui sépare les brassières et le licol de leurs points d'attache sur la barre transversale.

M. Oscar Jennings, dans un travail intitulé : *Du traitement mécanique des maladies de la colonne vertébrale par l'application des corsets plâtrés*, paru dans la *Tribune Médicale*, nos 585, 588, 604, signale une modification apportée à l'appareil à suspension de Sayre par M. Golding-Bird (de Guy's hospital). Dans cet appareil, le licol et les brassières, au lieu d'être

attachés directement à la barre transversale, sont soutenus par un système de poulies qui répartissent d'une façon presque automatique le poids du corps sur la tête et les épaules.

Nous ne signalons cet appareil que pour mémoire. Jamais nous ne l'avons vu mettre en usage. M. le professeur Fontan se passe même du trépied, et il le remplace par une forte vis à crochet solidement fixée à une poutre. Cette façon de procéder rend l'appareil moins encombrant; mais il ne faut jamais oublier de s'assurer de la solidité du crochet.

Suivant la taille du sujet, le licol à suspension de la tête doit être plus ou moins long. Il est bon d'en avoir deux modèles, à moins que l'on n'ait adapté un système de rallonge aux boucles de cette pièce.

Malgré les résultats avantageux que les malades pourraient retirer de la suspension, il est des cas dans lesquels cette suspension est impossible : soit à cause de l'état général du malade, soit à cause de l'état local de la lésion rachidienne. Dans ces circonstances, pour pratiquer l'extension de la colonne vertébrale, on sera obligé d'agir par des moyens détournés : Voici la façon dont procède M. le professeur Tédénat : Les dispositions pour l'application du corset plâtré étant prises, on dispose deux tables l'une à côté de l'autre et on les choisit telles que leur surface totale permette d'y coucher le patient. Deux aides prennent alors le malade, l'un par les aisselles, l'autre par les jambes, tandis que le chirurgien soutient la région qui est le siège du mal de Pott. On le place sur le plan dur formé par les deux tables. Il est couché sur le ventre ou sur le dos suivant que l'on juge qu'il est utile ou inutile de rechercher à corriger la gibbosité. Pour pratiquer, dans cette position, l'extension de la colonne vertébrale, et appliquer le corset, il faut, tandis que deux aides font l'extension et la contre-extension en exerçant des tractions sur les aisselles

et sur les jambes, écarter les deux tables l'une de l'autre ; le chirurgien procède alors à l'application du corset plâtré comme à l'ordinaire. Cette position n'est pas toujours supportable pour le malade, d'où la nécessité pour le chirurgien de pratiquer très rapidement l'application du corset plâtré. M. le professeur Tédénat renonce, dans ce cas, à l'usage des bandes plâtrées et applique le corset de la façon suivante : On prépare de la tarlatane pliée en 10 ou 12 doubles suivant la solidité que l'on veut faire acquérir au corset. On lui donne la forme d'un rectangle dont le plus grand diamètre permet de faire une fois et demi le tour du tronc, le plus petit étant légèrement supérieur comme dimension à la distance qui sépare les crêtes iliaques de la région axillaire du sujet. On divise ce rectangle en trois autres plus petits suivant la direction du plus grand diamètre. Après avoir introduit du plâtre entre les doubles de tarlatane et avoir fait pratiquer l'extension comme il a été dit plus haut, on mouille les rectangles de tarlatane. Le premier est appliqué sur la région dorsale moyenne, les deux autres sont appliqués successivement au-dessus et au-dessous. Les chefs de chacun de ces rectangles viennent se réunir et se recouvrir l'un l'autre au niveau de la paroi antérieure du thorax. L'appareil, lorsqu'il est sec, forme un tout homogène ; il n'a pas perdu de sa solidité et le malade a eu bien moins longtemps à souffrir.

b) *Le maillot* peut être en différents tissus ; nous employons simplement le coton, à maille fine. Ce maillot doit être très ajusté, il ne doit pas faire de plis ; on le resserre sur la taille s'il le faut. Si l'on emploie un maillot court, sans jambe, il faut le tendre et le fixer sous le périnée avec une épingle ou un lien que l'on dénoue dès que le corset est sec. Le maillot complet est plus commode ; il est tendu par sa seule application, et au bout de quelques jours, on le coupe circulairement

à quelques centimètres au-dessous du corset, et le bord, replié et fixé sur le corset avec du silicate de potasse, forme une bordure très solide.

c) *La tarlatane*. — C'est un tissu lâche, commun, très bon marché, que l'on coupe en bandes de 6 à 8 centimètres de large, sur 6 mètres de long. Il faut préparer de 6 à 10 bandes de ce genre suivant la taille du sujet. Le plus souvent on ne les emploie pas toutes. Ce tissu ne doit pas être dégommé par le lavage. Les bandes seront simples ; quelques auteurs les plient en double pour en réaliser l'application plus vite. Elles sont alors plus difficiles à manier, se dédoublent souvent en se mouillant et il en résulte plus d'ennui que de rapidité.

Chaque bande sera roulée dans du plâtre sec et le globe de la bande ainsi préparé doit être très épais. On le place alors avec précaution, sans le secouer, sur un plateau sec, à la portée de la main.

C'est après diverses expériences et l'essai de plusieurs tissus que M. le professeur Fontan s'est arrêté à cette tarlatane, qui réussit fort bien et se rencontre partout.

d) *Plâtre*. — Le plâtre doit avoir pour principale qualité d'être à prise rapide. Le plus beau et le plus fin, légèrement jaunâtre, dit plâtre à mouler, n'est pas le meilleur parce qu'il prend lentement ; il vaut mieux une qualité moins belle, mais qui durcisse instantanément. Il faut avoir à sa disposition deux kilos de plâtre ; un tiers de cette quantité est placé dans une cuvette sèche pour la préparation des bandes indiquées plus haut, l'autre portion sera mélangée à l'eau au moment voulu. L'eau doit être modérément chaude. Dans la note qu'il nous a remise, M. le professeur Fontan dit : « Je ne mêle au plâtre ni sel, ni alun, car j'ai remarqué que le sel, si le temps est humide, ramollit le bandage quelques heures

après la prise du plâtre. » La proportion d'eau et de plâtre est réglée par l'habitude, on ne le pèse pas. Dans une cuvette ordinaire, on place une certaine quantité d'eau, soit le tiers ou la moitié de la cuvette, assez en tout cas pour pouvoir y plonger les bandes. Puis on y verse le plâtre jusqu'à ce qu'il s'élève en un monticule conique, de quelques centimètres au-dessus de la surface de l'eau. Agité alors, le mélange prend presque aussitôt la consistance d'une crème liquide. Les bandes y seront plongées tour à tour, pendant un nombre de secondes suffisant pour qu'elles soient imbibées jusqu'à la partie centrale. Mais cette immersion ne se fait qu'au moment où le chirurgien commence l'application du bandage.

e) *Le coton* ne sert qu'à garantir les parties susceptibles d'être blessées par le corset : les aisselles, les hanches, la gibbosité. Cette garniture est glissée avec la main sous le maillot par la fente abdominale et maintenue en place par l'application exacte de ce vêtement. Chez les grandes jeunes filles, il faut particulièrement garnir les aisselles et le dessous des seins. En dernier lieu, un tampon plié dans un mouchoir est placé sur le creux épigastrique ; le bout du mouchoir fait saillie dans la fente abdominale et sera retiré quand le corset sera presque sec ; c'est le dinner-pad ou tampon du dîner, qui ménage une place pour les variations de volume de l'abdomen.

f) *Corn-plaisters*. — On appelle corn-plaisters une sorte de feutre anglais, enduit de matières emplastiques sur l'une de ses faces, et que l'on se procure en feuilles pour y découper les fragments dont on peut avoir besoin. Cette substance, qui est d'un prix élevé, est réservée pour la gibbosité si elle est aiguë. Le mieux est de tailler une grande rondelle, ou plusieurs croissants que l'on dispose autour de la gibbosité, de façon à ce que le sommet de la saillie soit dans le centre vide

de cette application. On agit, en somme, comme dans le pansement des cors par le corn-plaister des pharmacies.

On peut remplacer cette préparation par de petites couches de coton, fixées sur la peau à l'aide du collodion.

En cas de gibbosité trop aiguë, ou ulcérée, une fenêtre devient nécessaire.

Application.— Tout est disposé ; l'appareil, suspendu à un piton dont une personne robuste a éprouvé la solidité en s'y suspendant elle-même, est réglé aux dimensions du sujet. Celui-ci est placé assis ou debout sous le fléau du suspenseur. Le licol et les brassières sont mis en place, et toutes les courroies réglées avec le plus grand soin par le chirurgien lui-même, de telle sorte que la tête ne soit pas trop tirée, le cou pas trop serré, que le menton repose bien dans le godet qui lui est destiné, et que le poids se répartisse également sur les divers points d'appui : menton, nuque et bras. Pour arriver à ce résultat, il faut, comme nous l'avons dit plus haut, procéder par tâtonnement.

L'aide chargé de la moufle tire lentement sur la corde, tandis que le chirurgien, inspirant confiance au sujet, lui demande sur quel endroit du corps la traction est trop forte. Quand les tractions sont enfin égalisées, l'appareil est considéré comme mis à point, et l'on abaisse la suspension une dernière fois. A ce moment, tout doit être prêt.

Un aide tient la corde ; un autre est prêt à maintenir les jambes de l'enfant s'il est indocile ou s'il tourne pendant l'application des bandes, chose fréquente chez les jeunes enfants. Ces deux aides n'ont pas besoin d'avoir des connaissances médicales.

Des deux autres aides, habitués ceux-ci à l'application du corset de Sayre, l'un est chargé de tâter la bouillie de plâtre, d'y plonger les bandes et de les passer l'une après

l'autre au chirurgien. L'autre aide se place en face du patient et lissera de ses mains les tours de bande que le chirurgien appliquera rapidement. Celui-ci est placé du côté du dos du malade. La première bande étant mouillée, la moufle est actionnée et le malade perd pied. Alors, très rapidement, les tours de bandes sont appliqués sur les hanches d'abord, puis sous les aisselles, puis le long du tronc, de façon à former une carapace continue, pressant bien le dos, formant sous les aisselles un bord épais, dû à une juxtaposition exacte des tours de bandes supérieures et se moulant sur le rembourrage des hanches.

Il faut soigner spécialement les bords du corset et la partie qui de l'aisselle va à la hanche et doit former tuteur. Tandis que le chirurgien agit et place ainsi de 25 à 30 mètres de bandes en deux ou trois minutes, l'aide lisse les tours, mouille ceux qui seraient trop secs, régularise ceux qui seraient déjetés ou trop entassés.

Tout ce travail, long à décrire, s'exécute avec la plus grande promptitude, car le sujet est impatient, le collier le gêne et la famille s'inquiète. D'ailleurs le plâtre va sécher de suite et l'appareil doit être fini à temps.

Dès que la prise se fait, on descend le sujet doucement, de façon à lui permettre de toucher le sol du bout du pied ; on lâche le collier, on lui soutient les bras ; on l'exhorte à la patience. Enfin l'appareil est presque dur, c'est le moment d'enlever le dinner-pad. Deux personnes prennent le patient et le couchent horizontalement sur un lit dur et sur le sol. Si à ce moment la prise du plâtre n'était pas complète, il faudrait maintenir encore l'extension en tirant modérément sur les aisselles et sur les pieds.

Le soir ou le lendemain, on régularisera le corset en échançant sous les aisselles, sur les hanches ou sur le ventre, ce qui pourrait gêner et blesser le malade. Enfin, on peut, pour

donner plus d'élégance ou de solidité, passer une couche de silicate de potasse, au pinceau, sur tout l'appareil.

Détails particuliers. — Pour les adultes et surtout chez les femmes, le rembourrage doit être plus abondant, surtout au niveau des seins ; le corset doit aussi être plus fort.

Pour les gibbosités extrêmes, il faut pratiquer une fenêtre le lendemain, et le mieux est alors d'avoir ménagé un espace, sinon vide, du moins très aminci, pour rendre facile l'usage de la cisaille.

Chez les très jeunes enfants, le ventre cylindrique rend le point d'appui sur les hanches moins sûr ; on y remédie par une application plus serrée, un moulage plus exact de tout le tronc et un appui plus précis sur les crêtes iliaques et sur le sacrum. Au contraire, le ventre doit être plus libre. Au cas où le corset glisserait, il ne faudrait dans aucun cas le retenir par des bretelles passant sur les épaules.

Lorsque nous nous sommes occupé de l'étiologie du mal de Pott, nous avons affirmé que le corset plâtré était non seulement utile pour le mal rachidien des régions dorsale moyenne, dorsale inférieure et lombaire supérieure, mais encore de la dorsale supérieure et de la région lombo-sacrée. Il existe encore d'autres régions dans la colonne vertébrale susceptibles d'être frappées par la tuberculose, ce sont les régions sous-occipitale, cervicale moyenne et cervicale inférieure. Dans ces localisations de l'affection, le corset plâtré ne peut rendre aucun service ; aussi les chirurgiens se sont-ils ingéniés à imaginer des appareils destinés à remplir les indications d'extension et d'immobilisation auxquelles le corset plâtré répond si bien pour les régions sous-jacentes.

Nos recherches bibliographiques nous ont fait retrouver trois de ces appareils : celui de Sayre, celui de Duplay et

celui de Tédénat. Chacun de ces appareils compte à son actif de véritables succès ; nous ne les avons jamais vu appliquer à des malades ; aussi ne les apprécierons-nous pas.

Contentons-nous de les décrire. Le premier en date est celui de Sayre ; il est désigné par le chirurgien américain sous le nom de *mât de fortune* : « Il se compose de deux montants en fer doux, flexibles et recourbés de manière à s'adapter à la courbe du dos. Inférieurement, ils sont fixés à trois cercles de tôle rugueux sur leurs deux faces, et assez longs pour embrasser la circonférence du corps. A leur partie supérieure, ils sont reliés l'un à l'autre par une pièce métallique transversale ; sur celle-ci est ajustée une tige de métal recourbée susceptible d'être allongée à volonté, de façon à dépasser la tête du malade. Elle porte à son extrémité une barre transversale munie de crochets auxquels est suspendu, par des courroies, un collier destiné à embrasser l'occiput et le menton. Pour se servir de cet appareil, on commence par enrouler autour du tronc quelques tours de bandes plâtrées ; par-dessus on applique le mât de fortune en ayant soin que les montants se moulent exactement sur la surface plâtrée et que la tige supérieure soit rigoureusement dans la ligne des apophyses épineuses. Les cercles de tôle sont ramenés sur les côtés du tronc et maintenus en place par de nouveaux circulaires plâtrés, de manière à donner à l'appareil toute la solidité désirable. » (Sayre, *Chirurgie orthopédique*, traduite par Thorens).

L'appareil de Duplay est un appareil plâtré ; il est décrit dans la thèse de Lemanski. Cet appareil se compose de trois parties : 1° une portion céphalique, 2° une portion thoracique, 3° une portion cervicale.

« La portion céphalique est constituée par une bande circulaire plâtrée passant au-dessus des arcades sourcillières, au-dessus des oreilles et sur l'occiput, de manière à encla-

ver la tête à la façon d'une coiffe de chapeau très enfoncée. Cette bande circulaire est renforcée par une bande transversale allant d'une région temporale à l'autre.

» La portion thoracique est constituée par un corset plâtré de Sayre. Ces deux portions sont réunies l'une à l'autre par la portion cervicale de l'appareil. Elle est constituée par trois bandes-attelles de chaque côté : l'une postérieure, partant en haut de la région mastoïdienne au-dessus de laquelle elle est fixée dans la couronne céphalique, puis descend le long des muscles grand complexe et splénus pour aller passer ensuite sur la partie la plus interne des fosses sus-épineuses et prendre attache dans le corset thoracique.

» De chaque côté cette bande-attelle reste écartée de la ligne médiane d'environ trois centimètres. Il en résulte qu'elle limite avec celle du côté opposé, d'une part la couronne céphalique et le corset, d'autre part, formant de la sorte un espace rectangulaire, dans lequel apparaissent la nuque et la colonne cervicale.

» De la région mastoïdienne et au même point de la couronne céphalique part de chaque côté une autre bande-attelle qui descend obliquement en avant en suivant la partie latérale du cou, le long du sterno-mastoïdien, arrive sur la région sternale, croise la bande-attelle du côté opposé et vient s'insérer dans la partie antérieure du corset thoracique.

» Une troisième bande-attelle réunit transversalement les deux parties latérales de la couronne céphalique en passant au-dessus de la tête. Après quoi, elle envoie des prolongements en bas de chaque côté, passant au-devant des oreilles et recouvrant les masséters. Ces prolongements continuent leur trajet et viennent se terminer vers la partie interne des clavicules, tout en restant presque verticaux. Ils croisent alors les parties inférieures des bandes-attelles sterno-mastoïdiennes. Cette dernière bande-attelle et ses prolonge-

men:s ne sont en contact avec les parties molles que jusqu'au niveau des masséters de ce point ; elles n'ont pas d'autre rôle que de contribuer à la solidité de l'appareil, et n'ont aucun rapport avec les muscles des régions sus et sous-hyoïdienne dont elles gêneraient le mouvement. »

Le troisième appareil est décrit dans la thèse de M. Maquet de la façon suivante : « Dans le cas de mal de Pott cervical, M. le professeur-agrégé Tédénat se sert d'un appareil composé de quatre arcs métalliques de chaque côté, s'insérant sur une tige postérieure et se moulant exactement sur quelques tours de bandes qu'on a déjà faits. La tige médiane est creusée d'une rainure dans laquelle glisse une tige qui remonte au-dessus de la tête en s'inclinant en avant et qui supporte de larges courroies, l'une sous-occipitale, l'autre sous-mentonnière, reliées l'une à l'autre pour qu'elles ne puissent pas s'échapper. Il est essentiel qu'elles s'adaptent bien aux parties qu'elles doivent soutenir. Au moyen d'une crémaillère, la tige mâle glisse dans la tige femelle. Une lame sert à prévenir la pénétration du plâtre dans la rainure, de peur qu'il n'empêche ainsi le fonctionnement de l'appareil. Cette charpente métallique une fois mise en bonne position est fixée par des tours de bandes plâtrées. »

Après avoir décrit très soigneusement le corset de Sayre, après avoir signalé les différents appareils susceptibles de rendre des services dans les localisations tuberculeuses des régions cervicales de la colonne vertébrale, il nous reste à exposer les résultats de l'application méthodique du corset plâtré. Nous pouvons tout d'abord dire que ces résultats sont immédiats ou non, prochains ou éloignés.

Résultats immédiats. — Parmi les résultats immédiats suivant l'application du corset plâtré d'un jour ou deux, nous relevons : la disparition de la douleur, le retour du sommeil

et de l'appétit, la chute de la fièvre. Le malade objet de l'application éprouve un sentiment de bien-être inaccoutumé ; sa famille, jusqu'ici anxieuse sur le résultat à obtenir, est rassurée et pleine de joie. Nous pourrions, jusqu'à un certain point, dire que l'apparition de ces signes est comme le réactif d'un corset bien appliqué. Jamais elle n'a fait défaut chez les malades qu'il nous a été permis de voir. Bien plus, le premier insuccès obtenu dans notre observation IV (M^{me} D.) nous confirme dans cette idée que, toutes les fois que le malade auquel on a appliqué un corset plâtré n'éprouve pas le soulagement ordinaire, il faut examiner l'appareil avec soin, rechercher s'il n'est pas une cause de gêne, s'il ne comprime pas trop le thorax, s'il ne blesse pas le malade, soit sous les aisselles, soit sur les hanches. Dans le cas où l'examen est positif, si le malade souffre ou est gêné par son corset, il faut le réappliquer sans retard et l'amélioration se produit. Il ne faudrait pas voir dans cette amélioration de tous les symptômes une simple coïncidence, car la preuve qu'elle est due à l'application du corset serait facile à faire. En effet, toutes les fois que pour une raison ou pour une autre, soit indocilité des enfants, soit ignorance des parents, soit nécessité d'une intervention chirurgicale active, le corset a été enlevé à des enfants non guéris, la fièvre a reparu et avec elle la douleur et l'inappétence. Par quel mécanisme le corset plâtré arrive-t-il à ces heureux résultats ? Nous ferons à cette question une réponse qui n'est pas de nous et qui est toute rationnelle. Le corset agit en mettant d'abord les deux segments de la colonne vertébrale au repos et en transmettant le poids du segment supérieur au bassin, au lieu de le laisser reposer sur le segment inférieur. Le thorax muni de son corset plâtré est absolument dans la situation d'un membre fracturé sur lequel on aurait pratiqué l'extension et la contre-extension dans le but d'empêcher ou de diminuer le frottement de ces deux

fragments l'un sur l'autre et ainsi éviter une inflammation qui pourrait, si elle se déclarait, avoir de graves conséquences.

Un deuxième effet du corset plâtré est celui de permettre la vie au grand air, les mouvements, la course, les sauts (observation V, Pierre) sans qu'il en résulte aucun inconvénient fâcheux pour l'évolution heureuse de la tuberculose vertébrale. Nous n'avons pas constaté toujours ce résultat dans nos observations, mais il existait alors, soit une affection incompatible avec la marche (observation X), soit une parésie des membres inférieurs consécutive à une compression médullaire occasionnée par un cal exubérant ou par une pachyméningite de voisinage (Observation VI, enfant L.)

Je n'insisterai pas davantage sur les résultats prochains de l'emploi du corset plâtré, non plus que sur ses avantages. Je ne chercherai pas à faire ressortir son bas prix, la facilité avec laquelle on se procure les matériaux nécessaires à sa confection et la rapidité de son application. Tout cela a été dit avant moi et par des voix plus autorisées que la mienne.

Il me reste à faire connaître les résultats éloignés obtenus par l'application de l'appareil que je préconise. Je veux parler de son action sur la gibbosité, sur les abcès par congestion et sur la paralysie des membres inférieurs.

a) Action sur la gibbosité.— Je vais me trouver ici aux prises avec les détracteurs de la méthode américaine. Le corset plâtré, d'après eux, n'a aucune action sur la gibbosité, dans aucun cas il n'a produit le redressement de cette déformation (St-Germain) et, dans certaines circonstances, il n'a pu empêcher la gibbosité de se faire sous lui (Lannelongue).

Avant de commencer une discussion, les deux partis doivent toujours s'être mis d'accord sur la valeur qu'ils entendent attribuer aux termes qu'ils vont employer. Dans notre cas

particulier, avant de réfuter des opinions, selon nous, trop exclusives, demandons-nous ce que l'on doit entendre par extension de la gibbosité, par redressement de la gibbosité ? Ce n'est évidemment pas autre chose que la disparition plus ou moins complète, plus ou moins absolue, de l'angle aigu ou obtus formé par les deux segments de la colonne vertébrale l'un sur l'autre. En fait, la suspension du sujet et l'application, dans cette position, du corset de Sayre a-t-elle pour résultat la disparition de cet angle ? Nous répondons oui ou non. En effet, tout dépend du moment où le corset plâtré est appliqué. Si la gibbosité est de date assez récente pour que l'ankylose osseuse ne soit pas faite du tout, le redressement sera complet. Si le cal est déjà organisé, mais n'atteint pas encore toute la solidité voulue, on obtiendra un résultat partiel, et ce résultat sera alors, nous l'affirmons, maintenu par le corset plâtré. Nous en avons deux exemples dans nos observations III et VII. Nous regrettons de ne pas avoir songé à prendre un moulage de ces deux sujets avant et après le traitement, mais le résultat n'en est pas moins certain pour nous, nous avons pu le constater à l'œil nu.

En définitive, on a donc tort de se prononcer pour ou contre la possibilité du redressement sans entrer dans les considérations que nous n'avons fait qu'esquisser.

On a dit aussi qu'il était inutile et même dangereux de vouloir redresser cette gibbosité. L'expérience que nous avons de l'application du corset plâtré au traitement du mal de Pott est bien minime ; cependant, si nous jugeons d'après ce que nous avons vu, nous pouvons dire que jamais le redressement de la colonne vertébrale, dans les cas où il était possible, n'a occasionné d'accidents ni même retardé la guérison.

De sorte que, lorsque nous nous trouverons en présence d'un malade atteint du mal de Pott, nous chercherons à

diagnostiquer d'une façon aussi précise que possible la période de l'évolution morbide.

Nous examinerons si le malade est ou non porteur d'une gibbosité. Dans le premier cas nous essayerons de savoir, par les renseignements fournis par le malade ou par les connaissances que l'on a sur le temps que met à se faire une soudure osseuse, si la gibbosité peut être corrigée, et nous n'hésiterons pas à le faire. A supposer même que la consolidation soit très avancée, je crois que le malade retirera toujours un certain avantage de la suspension avant l'application du corset de Sayre.

Au cas, plus favorable, où la gibbosité ne se sera pas produite, nous agirons sans retard, de peur de la voir se produire instantanément, et nous pratiquerons la suspension suivie de l'application du corset, certain que nous serons d'éviter à notre malade une déformation toujours gênante.

La suspension suivie de l'application du corset plâtré a donc une action réelle sur la gibbosité du mal de Pott lorsque l'ankylose n'est pas venue rendre inutile toute intervention thérapeutique.

Action sur les abcès par congestion. — La méthode de Sayre agit aussi sur la marche et l'évolution des abcès par congestion. En effet, elle favorise la résorption de ces abcès en mettant au repos les parties enflammées. Dans les cas les plus heureux, les poches renfermant le pus voient leurs parois s'épaissir, en même temps leur cavité diminuer jusqu'à ce que toute la matière purulente ait disparu. Nous avons pu nous rendre compte de cette action chez deux de nos malades dont l'histoire pathologique est relatée dans les observations IV et VI. Chez le dernier, surtout, l'empâtement résultant de la descente de la poche purulente vers le pli inguinal gauche avait été très manifeste. Une seule application du corset

suffit à faire disparaître la menace d'abcès. En général, si l'abcès ne guérit pas, sa communication avec l'extérieur est retardée, ce qui permet au malade de prendre les forces nécessaires pour faire les frais d'une suppuration qui est toujours longue.

Incidentement, et à propos de la modification apportée par le corset de Sayre à l'évolution des abcès par congestion, nous tenons à affirmer que l'ouverture à l'extérieur de ces abcès, n'est pas pour nous une contre-indication à l'application de cet appareil. Si le siège de l'ouverture de l'abcès doit être recouvert par les tours de bande du corset, on pratique une fenêtre à ce niveau. Cette ouverture ne nuit pas à la solidité de l'appareil, et permet les pansements de l'abcès.

Action sur la paralysie des membres inférieurs. — Les paralysies des membres inférieurs, survenant au cours de l'évolution d'un mal de Pott, sont toujours dues à une compression médullaire. Cette compression peut être faite soit par un fragment de vertèbre, au moment de la formation de la gibbosité, soit par une exostose provenant d'un cal osseux irrégulier, soit encore par une inflammation des méninges rachidiennes au niveau du foyer tuberculeux, qu'il y ait ou non gibbosité.

Il est évident que les résultats de l'application du corset plâtré seront différents, suivant que l'on aura affaire à un sujet paralysé par une des trois façons précédentes.

Dans le premier cas, la suspension pourra avoir pour résultat le déplacement du fragment osseux, la décompression sera immédiate, d'où un résultat aussi immédiat, pourvu que la moelle n'ait pas eu le temps de s'enflammer d'une façon durable.

Le second cas laisse peu d'espoir; malgré tout, l'irritation

médullaire s'accroîtra sans cesse pour arriver, dans un temps plus ou moins éloigné, à un résultat fâcheux.

Enfin si la compression est due à une méningite rachidienne, la suspension et le corset faisant cesser la cause d'irritation, on pourra voir la méningite diminuer peu à peu d'intensité et la paralysie tendre à disparaître.

En résumé, les malades atteints du mal de Pott compliqué de paraplégie verront cette paralysie s'améliorer presque constamment sous l'influence de l'application méthodique du corset plâtré.

Rien ne saurait mieux donner une idée des résultats inespérés que l'on peut obtenir de cette méthode, que la lecture d'une observation publiée par M. de Saint-Germain dans sa Chirurgie orthopédique ; il s'agit d'un jeune homme qui, présentant tous les symptômes du mal de Pott au degré le plus aigu : douleurs, fièvre, inappétence, désespoir, paraplégie ; ne pouvant supporter le moindre attouchement sans souffrir d'une façon atroce, put, après quinze jours d'application du corset plâtré, faire un voyage en chemin de fer. Un mois après, il marchait à l'aide d'une canne.

A tous les points de vue, l'usage du corset plâtré est donc excellent. S'il ne guérit pas toujours le mal de Pott, il améliore du moins l'état du malade. C'est un appareil de premier ordre, que l'on s'étonne de voir critiquer par des chirurgiens tels que Verneuil et Lannelongue.

En terminant notre modeste travail, nous voulons répondre à quelques-uns des reproches qui ont été faits à la méthode de Sayre.

On lui a reproché de gêner la respiration, d'être inamovible, d'être une gêne pour la propreté des malades. Verneuil a prétendu qu'il ne pouvait rester en place plus de deux mois, qu'il devenait par suite plus cher que le corset de cuir moulé, etc., etc... C'est enfin avec un véritable acharnement que

quelques chirurgiens, aux opinions préconçues, sont partis en guerre contre ce malheureux corset plâtré.

En vain avons-nous interrogé nos malades sur la question de savoir si leur respiration était gênée. Aucun d'eux, alors que le corset est bien appliqué, ne s'en est plaint. Le type respiratoire est seulement modifié : de costal supérieur ou inférieur, d'abdominal, il est devenu, si l'on peut s'exprimer ainsi, périnéal. En effet, à chaque inspiration faite par un malade porteur d'un corset, on voit le périnée se bomber et se dilater. Il est donc capital de n'exercer aucune pression sur cette région, sous peine de voir le malade subitement pris de dyspnée et fortement incommodé par cette compression. A ce prix, la respiration se fera toujours normalement et avec la même facilité qu'avant l'application du corset.

J'en ne veux pas m'attarder à réfuter tous les reproches mal fondés que l'on a faits au corset plâtré. D'autres l'ont fait avant moi ; car, si la méthode américaine a eu ses détracteurs, elle a eu aussi ses admirateurs passionnés. Je me contenterai donc de les avoir signalés.

Je ne dirai donc plus qu'un mot sur le reproche que l'on a fait au corset plâtré d'être inamovible. En voulant relever un défaut, Verneuil a fait ressortir une qualité essentielle, sans laquelle le corset plâtré descendrait du piédestal où l'ont élevé ses nombreux succès.

L'inamovibilité dans le traitement du mal de Pott est en effet une garantie donnée au chirurgien contre l'indocilité et le mauvais vouloir des malades, contre l'ignorance et les idées préconçues des parents. Grâce aux difficultés qu'ils éprouvent à l'enlever, malades et parents sont obligés de supporter ou de laisser supporter un traitement efficace dont ils ont à retirer les plus grands avantages et qu'ils apprennent à apprécier malgré leur mauvais vouloir.

CONCLUSIONS

Pour nous résumer, disons que le traitement du mal de Pott par le corset de Sayre est le mieux approprié de tous les traitements :

Il immobilise l'appareil rachidien en mobilisant l'enfant ; il sauve ainsi la santé générale en favorisant la guérison locale.

Il réduit quelquefois la courbure anormale du rachis.

Il arrête parfois l'évolution des abcès ossifluents.

Il rend, dans certaines circonstances déterminées, l'usage de leurs membres aux malades atteints de paraplégie.

Il ramène la santé et la gaieté chez les enfants ; dans des cas désespérés, il opère de véritables résurrections.

La durée de son application n'est jamais moindre de 4 mois ; souvent M. le professeur Fontan l'a laissé en place pendant 5 et 6 mois, et cela sans inconvénient.

En un mot, il remplit complètement les deux indications pour lesquelles il a été imaginé : l'immobilisation et l'extension de la colonne vertébrale. C'est tout ce qu'on est en droit d'exiger de lui.

OBSERVATION PREMIÈRE

(M. le professeur Fontan)

Mal de Pott de la région dorso-lombaire

G..., garçon de 6 ans : gibbosité dorso-lombaire très marquée ; la partie supérieure du corps est affaissée en avant. La maigreur est extrême, la fièvre constante, l'appétit nul. Il existe de plus comme complications, un abcès fistuleux dans le pli de l'aîne droite. L'enfant, quoique non paralysé, ne peut se tenir debout. Il vit assis, plié en deux, ne voulant pas rester au lit. Les parents, qui sont cabaretiers, l'abandonnent presque sans soins. L'enfant ne mange à peu près rien et boit des liqueurs alcooliques. Le père est lui-même alcoolique et tuberculeux.

Le 15 juin 1886, j'applique un corset plâtré que l'enfant ne garde que trois jours ; les parents m'apprennent, en effet, que le corset s'est brisé seul, ce dont je doute fort. Je leur persuade, non sans peine, qu'il faut recommencer, que c'est une ressource suprême pour l'enfant dont l'état est presque désespéré et j'applique de nouveau l'appareil le 22 du même mois. Les jours suivants, je constate une certaine amélioration, la chute de la fièvre et un visage moins souffrant. Malheureusement, au bout de 12 à 15 jours les parents retirent le corset, prétextant que cela fait les épaules hautes à l'enfant. J'ai appris que ce malheureux avait succombé deux mois plus tard.

Cette observation nous montre une fois de plus avec quelles

difficultés le chirurgien se trouve aux prises, lorsque l'ignorance des parents se joint à l'indocilité des patients pour se refuser à toute intervention thérapeutique. Quels bénéfices le jeune G... aurait-il pu retirer du maintien du corset ? Nous n'osons pas dire que le terme fatal eût été retardé pour longtemps, mais du moins la chute de la fièvre, la diminution de la souffrance nous autorisent à affirmer que sans la négligence des parents, G... n'aurait pas eu à endurer les douleurs atroces qui ont dû précéder sa mort.

OBSERVATION II

(Monsieur le professeur Fontan)

Mal de Pott cervico-dorsal

Enfant N..., garçon de 4 ans, atteint d'un mal de Pott cervico-dorsal dont on s'est récemment aperçu. Vives douleurs à la rotation de la tête et du cou. Petite gibbosité aiguë au niveau des deux dernières cervicales. Inappétence. Cris pendant la nuit. Aspect misérable. Corset appliqué le 22 janvier 1889 et remontant par derrière aussi haut que possible à l'aide d'un plastron semblable à celui décrit dans l'observation V. L'appareil a été enlevé 10 jours après par les parents, parce que, au dire de la mère, l'enfant portait la tête de côté depuis qu'il avait le corset.

Il est bien certain que ce fait, peu marqué d'ailleurs, avait pour cause une aggravation du mal cervical que le corset ne réussissait pas à enrayer.

Malade perdu de vue.

OBSERVATION III

(Monsieur le professeur Fontan)

Marius D..., âgé de 9 ans, est traité par nous depuis un an pour un mal vertébral. Cet enfant, très intelligent et de caractère difficile, a trois frères, tous semblables à lui, tous candidats à la tuberculose. La mère, âgée de 36 ans, est atteinte de bronchite chronique spécifique, et un plus jeune frère (3 ans) paraît avoir eu au moins deux poussées de méningite tuberculeuse.

Marius souffre de la colonne dorsale depuis 18 mois. Il s'incurve en cyphose modérée, le sommet de la courbe étant à la 10^e dorsale. Il se meut actuellement assez bien, et son état se trouve très amélioré par un corset plâtré de Sayre, que j'ai appliqué en mars dernier (1887) et qui est en place depuis quatre mois. Le petit malade a repris un peu de vigueur et d'appétit.

5 juillet. — Depuis quelques jours, l'enfant se plaint de douleurs brusques dans les membres inférieurs et dans les côtes. On attribue, dans son entourage, ces accidents au corset. Après un examen attentif, je demeure convaincu que l'appareil est bien supporté, que ces douleurs brusques que l'on me dépeint sont des irradiations médullaires. En ma présence, du reste, il se produit des élancements fulgurants dans les membres inférieurs.

6 juillet. — Mêmes élancements dans les membres inférieurs, plus souvent à droite qu'à gauche, accès de dyspnée. Douleurs en ceinture, vomissements. Les parents sont très inquiets : ils accusent toujours le corset : l'enfant ne veut rien prendre, il pleure constamment et présente l'aspect le plus lamentable. Mais, dès que les accès de douleur cessent, il peut marcher et joue même avec ses frères.

Il est évident qu'il s'agit bien de phénomènes d'irritation médullaire et je tiens à conserver le corset, qui procure un grand bénéfice.

Le corset est laissé en place jusqu'à fin août, c'est-à-dire qu'il a duré près de six mois. Il est fort endommagé, mais je n'ai pu l'enlever plus tôt, l'enfant ayant passé un mois à la campagne.

La voussure dorso-lombaire est presque effacée. Il y a encore à ce niveau un certain empâtement, mais aucune sensibilité. L'abdomen et les fosses iliaques sont libres de toute formation purulente. Je continue à le traiter par l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, etc.

10 novembre. — Marius est plus faible que jamais. Il a de la fièvre et de la constipation. Il ne se passe du reste rien du côté du rachis. A ce point de vue il paraît guéri.

Le 22 novembre, le jeune Marius est mort d'une méningite tuberculeuse bien confirmée.

OBSERVATION IV

(M. le professeur Fontan)

Mal de Pott lombaire inférieur

Mademoiselle D..., 18 ans, jeune fille bien développée, atteinte depuis quelques mois de douleurs lombaires surtout pendant la marche, et de dépérissement général avec mouvements fébriles. Le diagnostic, incertain d'abord, est fixé par un examen attentif en mai 1890. La région douloureuse à la pression occupe les vertèbres lombaires et surtout les deux dernières. A ce niveau, un certain empâtement et des douleurs précoces ne laissent pas de doute. Les mouvements de flexion exagérés et de rotation sur place sont aussi pénibles.

Il existe aussi de la sensibilité dans la fosse iliaque droite, très haut, avec un certain empâtement qui paraît dû aux ganglions pelviens engorgés.

Pendant quelques semaines, on pratique de la révulsion à l'aide du thermo-cautère Paquelin et l'on tient la malade au lit.

Mais le séjour au lit exaspérant la jeune fille et lui faisant perdre l'appétit, je propose l'application du corset de Sayre, sans me dissimuler que pour lutter contre un mal situé très bas dans la colonne, l'appareil sera peut-être insuffisant.

Corset appliqué le 20 mai 1890, avec une certaine difficulté d'abord, par suite de l'indocilité de la malade, de sa taille élevée et du développement de sa poitrine. Aussi, après deux jours, le corset impatiemment supporté est-il brisé et doit-il être enlevé.

Nouvelle application le 26 mai. Cette fois, on dispose des bourrelets de coton autour des seins, sous les bras, sur les hanches. On confectionne l'appareil avec grand soin, et il est parfaitement supporté.

La jeune fille reprend bon appétit, ne souffre plus et n'a plus de fièvre. Elle peut se lever et sortir. Elle est très satisfaite, d'autant plus que le corset plâtré lui laisse une taille parfaitement élégante.

Après deux mois et demi, l'appareil ayant causé quelque irritation sur les hanches, on le fend en avant sans le détruire, et comme M^{lle} D... passe quelques jours sans le porter, la fièvre reparaît, ainsi que les douleurs lombaires et la gêne dans la station debout.

Le corset est aussitôt remis fixé par des bandes silicatées, et tous les phénomènes morbides disparaissent. Tel est l'état au 15 septembre. M^{lle} D... a été revue dans le courant de décembre, elle porte toujours le même corset et s'en trouve très bien.

OBSERVATION V

(M. le professeur Fontan)

P. F. âgé de 4 ans, est le cinquième enfant d'une famille où il n'existe pas de tuberculeux. Atteint d'une fièvre typhoïde longue et à rechute, au printemps 1886, il subit ainsi trois mois d'alitement. Pendant la convalescence de la fièvre typhoïde il est frappé d'une rougeole grave et d'un ulcère atonique de la cornée. Dès cette époque l'enfant ne mange plus, cesse de grandir, et l'on aperçoit une petite saillie de la première vertèbre dorsale au mois de février 1887. Le mal de Pott est diagnostiqué; il siège sur les deux dernières cervicales et la première dorsale. L'enfant s'affaiblit, ne veut pas marcher et ne s'alimente pas.

Premier corset de Sayre le 7 mars 1887. Afin de mouler la région dorsale supérieure, on prépare une plaque de tarlatane en 16 doubles, sorte de plastron arrondi qui, placé sur la région dorsale, remonte jusqu'au-dessus de la déformation. Cette pièce, imprégnée de plâtre, est fixée et consolidée par des tours de bandes obliques ou en chevrons qui montent aussi haut que possible, mais ne passent pas sur les épaules. L'enfant est docile, le corset est bien appliqué et bien supporté.

Dès lors le petit malade reprend sa gaieté; il peut jouer un peu; le sommeil redevient très bon, mais l'appétit est toujours absent.

Après 4 mois, on enlève l'appareil. On constate que la saillie cervico-dorsale a un peu augmenté. L'enfant prend l'attitude représentée très exactement dans le livre de Lannelongue (Tuberculose, vertébrale, page 29); la poitrine rétrécie se termine par un sternum saillant. Dès que l'enfant est

privé de son corset, il se plaint de souffrir, ne se soutient plus droit, crie la nuit et réclame très instamment qu'on le lui replace. A ce moment il éprouve des douleurs en ceinture, des accès d'oppression et des irradiations fulgurantes dans les membres inférieurs.

Deuxième corset appliqué en fin juillet, produisant instantanément un grand bien-être. Toute douleur disparaît, les forces, le sommeil, la gaieté, l'activité même dans les jeux de course, saut, etc..., reviennent aussitôt d'une façon surprenante.

Néanmoins un abcès ossifluent vient se présenter au-dessus de la clavicule droite. Il est traité par la ponction et l'injection d'éther iodoformé à trois reprises. Insuccès, curage, drainage, établissement d'une fistule qui suppure pendant plus d'un an et finit par se tarir. Ce deuxième corset est laissé quatre mois en place, et l'on en applique ensuite un troisième le 15 décembre 1887. L'état de l'enfant s'améliore toujours, quoique l'appétit reste bien faible et que la déformation ne diminue pas. La croissance est toujours arrêtée.

En mai 1888, je me décide à laisser l'enfant libre pendant quelques semaines, afin de le faire profiter de la saison des bains de mer. Il est beaucoup plus vaillant, mange un peu et ne se plaint de rien. Il n'a pas grandi d'un centimètre en deux ans.

En septembre, quatrième application du corset de Sayre. Quoique la gibbosité soit bien marquée et le développement thoracique tout à fait enrayé, l'enfant est infiniment mieux. Il joue avec ardeur, mange davantage et l'abcès achève de se tarir. Le corset est retiré le 24 décembre 1888. Le maintien de l'enfant dans l'appareil a donc duré deux ans. Il n'a pas empêché la gibbosité cervico-dorsale de s'accroître et un abcès ossifluent de fournir du pus pendant 14 mois. Mais il a toujours amené une grande amélioration de l'état général,

permis la promenade, ravivé les fonctions digestives. Enfin, il a arrêté la compression de la moelle épinière qui se révélait en juillet 86 par des symptômes très alarmants.

Actuellement (octobre 1890), l'enfant se porte aussi bien que possible ; il mange, engraisse et joue avec ardeur. Il reste bien déformé, mais il a grandi de 3 centimètres dans la dernière année. Il n'y a pas de rechute depuis deux ans.

OBSERVATION VI

(M. le professeur Fontan)

Enfant L...., de Collobrière, jeune garçon de 15 ans, est amené à Toulon en septembre 1889. Il est atteint d'une gibbosité angulaire dorsale depuis un an ; on l'a traité jusqu'ici par des frictions, des massages et de la gymnastique. A la suite de ce traitement, inspiré sans doute par une erreur de diagnostic, le jeune L... a acquis une déformation très forte avec angle brusque, occupant les cinq ou six dernières dorsales. Les jambes ne peuvent plus le porter. Un empâtement de la fosse iliaque gauche fait craindre un abcès froid, et la cuisse de ce côté est fléchie en adduction sur l'abdomen comme dans le psoïtis. Elancements douloureux dans les jambes, douleurs en ceinture, dyspnée, plaintes continuelles, appétit et sommeil nuls. La fièvre hectique persiste depuis longtemps, et plusieurs médecins des plus autorisés, devant cet état misérable, regardent le cas comme désespéré et ne conseillent à la famille aucun traitement actif.

Ma première impression est aussi très mauvaise, et ce n'est pas sans hésitation que je parle d'appliquer le corset de Sayre. Je ne promets ni le redressement ni la guérison ;

mais j'estime que l'on peut attendre de cette application un certain amendement de tous les symptômes graves et douloureux.

Premier corset appliqué le 16 septembre 1889, non sans peine, à cause de la faiblesse et du mauvais moral de l'enfant. La contracture douloureuse de la cuisse gauche cause aussi une difficulté sérieuse. Le corset appliqué, l'enfant est maintenu au lit pendant quelques jours, et, dès le deuxième jour, il s'opère chez lui une transformation inespérée. Le malheureux a pu dormir ; il se sent soulagé ; il prend ses aliments avec plaisir. La fièvre, qui était vive et continue, a disparu, et la cuisse gauche s'allonge sans difficulté. Au bout de 8 jours, l'empâtement iliaque s'est condensé et réduit.

Je profite de cette amélioration pour procéder au grattage d'un abcès fongueux situé sur la malléole externe droite.

Le quinzième jour, on m'avertit que l'enfant se plaint du dos et spécialement du sommet de la gibbosité. Redoutant une escharre, je pratique une fenêtre carrée à ce niveau. En effet, il s'est produit là une escharre grande comme une pièce de 2 francs. Le jeune malade repart pour sa résidence et revient cinq mois plus tard.

Février 1890. — L'état de nutrition du malade s'est transformé ; il a presque de l'embonpoint. Il déclare qu'il n'a plus jamais souffert de rien. Les douleurs en ceinture et celles des jambes ont totalement disparu ; mais il reste une faiblesse extrême des membres inférieurs qui doit être regardée comme un certain degré de parésie. La gibbosité est la même.

Le corset est enlevé et remplacé par un nouveau, dans lequel se pratique de suite une fenêtre dorsale, pour prévenir le retour d'une ulcération.

Après une nouvelle série de cinq mois, le jeune malade reparait encore consolidé. L'état général est excellent. Le dos n'est pas douloureux à la pression, et le plus désagréable

vestige de son affection réside dans la parésie des membres inférieurs qui nécessite l'usage de béquilles. En raison de cet acheminement vers la guérison, j'autorise le port d'un corset orthopédique que l'on enlèvera pendant le séjour au lit.

Le 10 septembre 1890, je vois l'enfant et m'assure que la guérison paraît se confirmer.

OBSERVATION VII

(M. le professeur Fontan)

G... (Marie), âgée de 8 ans, fille d'une femme tuberculeuse et d'un père mort, dit-on, par suite d'excès alcooliques, est elle-même de cette catégorie d'enfants sans appétit, sans vigueur, sans gaieté, qui sont dès leur bas âge destinés au mal de Pott ou à la coxalgie. Impétigo du nez, grande lassitude, attitude inclinée en avant. À l'examen du dos, la quatrième dorsale fait une légère saillie à peine appréciable et et très douloureuse à la pression.

Le 6 septembre 1889, application d'un premier corset. Dès le lendemain, l'effet attendu se produit, l'enfant se trouve bien ; elle est soutenue, elle peut marcher et jouer. L'amélioration est rapide, et en quelques semaines, elle a repris une grande vigueur et une certaine coloration. L'appétit reste toujours faible.

En février 1890, on procède au changement de corset. Le dos est droit, la saillie de la quatrième dorsale est à peu près effacée. La région n'est presque plus douloureuse. L'état général est excellent.

L'enfant, qui reste sans appareil pendant cinq jours, réclame

avec instance qu'on lui réapplique son corset de plâtre. Elle est revenue dolente, essouffée, penchée en avant.

28 février. — Application du deuxième corset.

5 juillet. — Le corset de plâtre est enlevé, l'enfant est très bien. La région dorsale malade n'offre plus ni saillie, ni sensibilité. Je conseille un corset à tuteurs et les bains de mer.

Revue deux mois plus tard, la petite malade peut être considérée comme guérie.

OBSERVATION VIII

(M. le professeur Fontan)

Enfant G..., jeune garçon de 10 ans, portant des marques de scrofule et fils d'un herpéto-scrofuleux manifeste. Enfant gras, à chairs épaisses et molles, de teint pâle, ayant de grands yeux noirs longuement ciliés ; d'humeur tranquille, sans aucune ardeur au jeu. Il se plaint à tout propos de fatigue, d'une douleur dorsale et paraît se voûter. En effet, on voit apparaître une petite gibbosité à la deuxième dorsale, et la pression méthodique éveille à ce niveau une douleur précise.

Un confrère, consulté avant moi, aurait conseillé la gymnastique, et les premiers essais auraient augmenté le mal.

Corset plâtré le 12 avril. Rien à signaler. On enlève l'appareil le 14 août. La petite gibbosité est la même, mais la sensibilité est normale. État général très bon ; cependant, je conseille l'application d'un deuxième appareil, mais j'éprouve de vives résistances, et comme la famille n'a pas reparu depuis un mois (15 septembre), je pense qu'elle se refuse à poursuivre ce traitement.

OBSERVATION IX

(M. le professeur Fontan)

Enfant P..., garçon de 5 ans, assez vigoureux encore, quoique ne mangeant rien, et ayant une gibbosité dorso-lombaire et un abcès ossifluent lombaire.

Le 10 mai 1890, je pratique l'aspiration du pus de l'abcès lombaire avec l'appareil de Potain; j'injecte quelques grammes d'éther iodoformé et j'applique aussitôt le corset plâtré. J'avertis la famille de surveiller la région lombaire et de m'avertir si l'on y voyait sourdre du pus. Le fait s'étant présenté une quinzaine de jours plus tard, je pratique à cet endroit du rachis, une échancrure de huit centimètres de haut sur six de large qui met à nu l'ouverture de l'abcès et permet des pansements.

La solidité de l'appareil n'est pas compromise.

10 septembre. — L'état général de l'enfant s'est beaucoup amélioré, l'appétit notamment est décuplé. Il existe toujours deux petites fistules donnant quelques gouttes de pus à droite des vertèbres lombaires.

15 décembre. — On enlève le corset plâtré, en raison de la persistance de la fistule lombaire et de quelques exco-riations produites par le pus à ce niveau. On diffère jusqu'à nouvel ordre l'application d'un nouveau corset.

Pendant les six mois qu'a duré le corset, l'état général s'est constamment amélioré et la gibbosité ne s'est pas prononcée.

OBSERVATION X

(M. le professeur Fontan)

Enfant B... de Toulon, fils de parents tuberculeux ; il ne prend à peu près aucune nourriture. Il est très pâle et sujet aux humeurs (croûtes, ganglions, etc.). Il est atteint d'un mal de Pott, à gibbosité dorso-lombaire déjà très prononcée et d'une coxalgie droite avec empâtement des parties molles et menace de suppuration. Pas d'abcès en relation avec le mal de Pott.

En juillet 1888, je procède en deux séances à l'application : 1° d'un corset plâtré de Sayre ; 2° à l'application d'un bandage pour la coxalgie de Verneuil ; ce bandage est fait à l'aide du silicate et greffé sur le corset plâtré. Cette deuxième application, est faite à l'aide du chloroforme. Un maillot de coton collant avait été mis en place avant ce corset. Cette application quoique compliquée, réussit fort bien et l'enfant qui ne doit pas marcher reprend meilleur visage. Cependant il mange peu et se trouve fréquemment fatigué par une diarrhée consécutive à une entérite du premier âge. Le traitement interne est fait à l'aide du phosphate de chaux, l'huile de foie de morue n'étant pas tolérée. Le petit malade, roulé dans une voiture, vit dehors dans une campagne très salubre.

Novembre 1888. — Renouvellement de l'appareil total en deux séances. On constate que la gibbosité a sensiblement diminué. Quant à la coxalgie, elle est toujours douloureuse ; mais l'abcès crural paraît se résorber. On n'y touche pas.

Ce second appareil dure encore cinq mois pendant lesquels l'état général a été souvent fort mauvais. Diarrhée,

fièvre, impetigo de la face, anorexie absolue : tout concourt à débilitier ce malheureux enfant.

En mai 1889, j'applique encore un corset de Sayre, mais je ne remets pas l'appareil de Verneuil, l'enfant se souillant trop souvent. Je le remplace par une simple extension avec l'étrier de caoutchouc, le thorax étant d'ailleurs fixé dans le lit par l'appareil plâtré lui-même.

Après ce troisième corset, en septembre 1889, le mal de Pott paraît guéri. La gibbosité dorsale inférieure est diminuée de volume ; elle est dure et insensible. La coxalgie semble aussi guérie par ankylose et l'abcès a disparu en laissant à la peau une simple flétrissure. Néanmoins, on maintient encore le bébé au lit pendant deux mois avec l'appareil de fixation de Lannelongue (corset de toile à courroies fixées au lit, à la tête et sur les côtés, étrier fixé au pied avec traction élastique).

En décembre, l'enfant quitte le lit, et commence bientôt à marcher dans le chariot flamand. Son état général s'est amélioré ; il mange et l'intestin tolère.

Au printemps, je m'aperçois qu'il se reproduit un peu de flexion du fémur sur le bassin. Il existe à la pression de la hanche une certaine douleur ; rien au dos. État général toujours en progrès. Application d'un nouvel appareil de Verneuil, sans corset cette fois.

L'enfant est en somme guéri du mal de Pott, convalescent de la coxalgie, quoiqu'il ait besoin d'être encore surveillé. Je compte ce cas comme un succès inespéré.

OBSERVATION XI

(M. le professeur Fontan)

Enfant L..., fillette de 7 ans, née d'une mère tuberculeuse morte depuis d'hémoptysies. A été atteinte, vers 3 ans et demi, d'une coxalgie. Elle en est guérie aujourd'hui avec un peu de raideur et d'ensellure.

Mal de Pott du milieu de la région dorsale ; pas de gibbosité, mais point douloureux très net.

6 août 1888. — Premier corset appliqué suivant les règles ordinaires ; il est très bien supporté.

16 décembre. — On enlève l'appareil et on trouve la région malade encore un peu douloureuse. Il ne s'est pas produit de gibbosité. Deux applications de pointes de feu, puis nouvelle application du corset plâtré le 30 décembre 1888.

Le corset a dû être gardé pendant quatre mois. L'enfant, revue depuis par le médecin de la localité, est absolument guérie, sans difformité aucune. Depuis dix-huit mois, elle ne porte plus aucun appareil.

Ce corset a donc été appliqué ici dans d'excellentes conditions, et la gibbosité, qui n'existait pas avant l'application du corset, ne s'est pas produite sous lui, comme Lannelongue le redoute.

OBSERVATION XII

(M. le professeur Fontan)

Enfant E..., âgé de 5 ans et demi, garçon, allaité par une mère débilitée par deux ans de séjour sous les tropiques, a subi un développement lent avec maigreur persistante.

entérite fréquente ; pas de rachitisme à proprement parler. Epreuve depuis plus d'un an des crises de douleurs violentes thoraco-abdominales avec suffocation, dont plusieurs médecins n'ont pu reconnaître la cause. Ces crises sont des accès de douleurs en ceinture, et une petite gibbosité siégeant au niveau de la quatrième dorsale, avec douleur à ce niveau, permet d'établir le diagnostic de mal de Pott. La gibbosité s'est formée tout d'un coup dans le courant de novembre. Application d'un corset de Sayre suivant les règles ordinaires, le samedi 29 novembre. Aussitôt après, l'enfant a repris ses jeux, sa vigueur, son appétit et, depuis un mois, les douleurs en ceinture n'ont plus reparu.

OBSERVATION XIII

(M. le professeur Fontan)

Enfant E..., d'Ollioules, âgé de 4 ans, mal de Pott cervico-dorsal, crises de cris et de suffocation, gibbosité au niveau de la dernière cervicale. Cou raide, tête rejetée en arrière. Lordose dorsale de compensation, cyphose lombaire, paralysie des membres inférieurs rendant la marche difficile. Malgré la localisation élevée du mal de Pott, l'application du corset de Sayre est décidée, les parents et le médecin même reculant devant l'application d'une minerve.

15 décembre 1890. — Application d'un corset suivant la façon ordinaire, avec addition d'un plastron postérieur se moulant sur la région interscapulaire et cervicale jusque vers la quatrième ou cinquième apophyse épineuse cervicale. Ce plastron, qui augmente la hauteur du corset en arrière, est engagé entre les tours de bandes profonds et les tours superficiels.

Dès le lendemain l'enfant qui ne mangeait plus et qui avait quotidiennement des crises de suffocation très inquiétantes, a repris l'appétit et la gaieté. Il marche mais les jambes sont toujours faibles.

Les deux dernières observations sont signalées dans le seul but de faire ressortir les résultats prochains, immédiats, de l'application du corset plâtré. Les malades qui en font l'objet commencent à peine leur traitement ; on aurait donc tort de vouloir déjà présager quels bénéfices ils retireront de l'application du corset, tant au point de vue de leur gibbosité que de la formation possible de collections purulentes au niveau des vertèbres malades. Cependant, le soin avec lequel l'application a été faite, les résultats déjà obtenus, nous font bien augurer de l'avenir, et nous espérons que le mal sera enrayé.

VU PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 3 janvier 1891.

Le Recteur de l'Académie,

H. GÉRARD.

VU BON A IMPRIMER :

Montpellier, le 3 janvier 1891.

Le Doyen,

A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LEMANSKI. — Mal sous-occipital traité par un appareil plâtré. Thèse de Paris, 1883.
- IMBERDIS. — Symptômes du mal de Pott à ses débuts. Thèse de Paris, 1886.
- PUEL. — Du mal vertébral et de son traitement. Thèse d'agrégation. Paris, 1878.
- LORENTZ. — Mal vertébral des enfants, traitement par l'immobilisation. Thèse de Paris.
- BARTHEZ. — Mal de Pott et son traitement. Thèse de Paris, 1880.
- PAPAIL. — De l'emploi du corset plâtré dans les lésions de la colonne vertébrale. Thèse de Paris.
- COULOMB. — Traitement des déviations de la colonne vertébrale par la méthode de Sayre. Thèse de Lyon, 1881.
- MAQUET. — Du traitement du mal de Pott par la méthode de Lewis Sayre. Montpellier, 1885.
- ST-GERMAIN. — Chirurgie orthopédique.
- DUPLAY. — Archives de médecine, 1878.
- FOCHIER. — Lyon médical, 18 mars 1879.
- VINCENT. — Lyon médical, juillet 1881.
- KÆNIG. — Traité de pathologie chirurgicale spéciale, traduit par Comte, 1889.
- SAYRE. — Chirurgie orthopédique, traduite par Thorens.
- LANNELONGUE. — Tuberculose vertébrale. Paris, 1888.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !